

No d'assuré(e) :

- Nouvelle adhésion  
 Modification  
 Annonce prénatale

## Demande d'assurance selon la LCA

Données personnelles	
Nom	Prénom
Etat civil	Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Date de naissance	Tél. prof.
Tél. privé	E-mail
Profession	Nationalité*
Nouveau numéro d'assurance sociale (NNSS/ancien no AVS) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
* pour les étrangers, nous avons besoin d'une copie de leur permis de séjour	

Adresse	
Rue	No
c/o	
NPA	Localité

Adresse pour la correspondance et les factures	
Nom	Prénom
Rue	No
c/o	
NPA	Localité

Paiement des primes				
<input type="checkbox"/> mensuel	<input type="checkbox"/> bimestriel	<input type="checkbox"/> trimestriel	<input type="checkbox"/> semestriel	<input type="checkbox"/> annuel
<input type="checkbox"/> LSV* (banque)	<input type="checkbox"/> Débit direct (poste)	* formulaire séparé à remplir		

Adresse de paiement pour les remboursements (une seule adresse par famille peut être indiquée)	
No IBAN du compte bancaire ou postal :	CH <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
établi au nom, prénom de	
NPA	Localité

## Assurances complémentaires facultatives :

Catégories d'assurance (cochez ce qui convient)	Groupe d'âge	Prime par mois	L'assurance est désirée à partir du
--	--------------	----------------	--

### Assurance complémentaire de soins selon la LCA

(jusqu'à max. 55 ans révolus; de 7 à 18 ans révolus, rapport dentaire indispensable)

<input type="checkbox"/> MAXICA I	<input type="text"/>	CHF	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MAXICA II	<input type="text"/>	CHF	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MAXICA III	<input type="text"/>	CHF	<input type="text"/>

## Assurances complémentaires facultatives :

Catégories d'assurance (cochez ce qui convient)	Groupe d'âge	Prime par mois	L'assurance est désirée à partir du
<b>Assurance complémentaire d'hospitalisation selon la LCA</b> (jusqu'à max. 55 ans révolus)			
<b>HOPITAL I Division commune</b>			
<input type="checkbox"/> hôpitaux publics uniquement		CHF	
<input type="checkbox"/> hôpitaux publics et privés (HOPITAL I plus)		CHF	
<b>HOPITAL II Division demi-privée</b>			
<input type="checkbox"/> illimité	selon l'âge d'entrée	CHF	
<input type="checkbox"/> illimité	selon l'âge effectif	CHF	
<input type="checkbox"/> limité à CHF 25'000.- (art. 3f)	selon l'âge d'entrée	CHF	
<input type="checkbox"/> illimité avec 10% de frais de participation (art. 3e)	selon l'âge d'entrée	CHF	
<b>HOPITAL III Division privée</b>			
<input type="checkbox"/> illimité	selon l'âge d'entrée	CHF	
<input type="checkbox"/> illimité	selon l'âge effectif	CHF	
<input type="checkbox"/> limité à CHF 50'000.- (art. 3f)	selon l'âge d'entrée	CHF	
<input type="checkbox"/> illimité avec 10% de frais de participation (art. 3e)	selon l'âge d'entrée	CHF	
<b>CASH Assurance pour perte de gain</b> (possible jusqu'à l'âge AVS)			
<input type="checkbox"/> selon la LAMAL	CHF	après	jours
(max. CHF 20.- par jour)			
<input type="checkbox"/> selon la LCA	CHF	après	jours
<b>CASH-IV Assurance pour perte de gain en cas d'invalidité selon la LCA</b> (jusqu'à 45 ans révolus et seulement possible avec l'assurance CASH)			
<input type="checkbox"/> CHF 30.-/CHF 2'000.-		CHF	
<input type="checkbox"/> CHF 50.-/CHF 2'000.-		CHF	
<input type="checkbox"/> CHF 70.-/CHF 2'000.-		CHF	
<b>RISK Assurance de capital en cas de décès et d'invalidité suite à un accident selon la LCA</b> (possible jusqu'à l'âge AVS)			
<input type="checkbox"/> RISK	décès CHF	invalidité CHF	CHF
		<b>Prime mensuelle totale</b>	CHF

## Indications sur l'état de santé pour les assurances complémentaires facultatives :

Chaque question doit être complétée personnellement par le preneur d'assurance resp. par son représentant légal de manière complète et conforme à la vérité. Veuillez cocher la réponse exacte ! Des traits ne sont pas admis comme réponse !

- Avez-vous déjà subi une exclusion ou un refus ou épuisé vos droits aux prestations de la part de notre caisse ou d'une autre caisse-maladie/compagnie d'assurance ?  OUI  NON  
Si oui, de qui ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_ Motif ? \_\_\_\_\_
- Pour les personnes de sexe féminin : êtes-vous enceinte ?  OUI  NON
- Êtes-vous actuellement en traitement ?  OUI Pourquoi ? \_\_\_\_\_  NON

Médecin/Hôpital \_\_\_\_\_

4 Un traitement est-il prévu ?  OUI Pourquoi ?  NON

Médecin/Hôpital

5 Date du dernier traitement ou du dernier examen médical Date :

Genre de traitement :

6 Avez-vous déjà subi un traitement cosmétique ?  OUI  NON

Genre de traitement :

Date :

7 Avez-vous actuellement ou avez-vous eu au cours des 5 dernières années des maladies, infirmités, séquelles d'accidents (y compris dentaires), invalidités ou douleurs comme par exemple :

a) de l'**appareil respiratoire** comme : asthme, bronchite chronique, tuberculose, tumeur, rhume des foins ou autres ?  OUI  NON

b) du **coeur** comme : pression sanguine élevée, infarctus, vice cardiaque, angine de poitrine ou autres ?  OUI  NON

c) des **vaisseaux sanguins** comme : varices, phlébites, sténoses artérielles ou autres ?  OUI  NON

d) **psychiques** comme : dépression, névrose, troubles végétatifs, troubles de l'alimentation ou du sommeil ou autres ?  OUI  NON

e) du **système nerveux** comme : épilepsie, paralysies, migraine, apoplexie ou autres ?  OUI  NON

f) de l'**appareil digestif** comme : ulcère d'estomac ou intestinal, hémorragie, hémorroïdes, affection du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas ou autres ?  OUI  NON

g) de l'**appareil urinaire ou sexuel** comme : affection des reins, de la vessie ou de la prostate, incontinence, stérilité, tumeur, maladies sexuelles ou autres ?  OUI  NON

h) des **troubles du métabolisme ou du sang** comme : diabète, cholestérol, goutte, troubles hormonaux ou thyroïdiens, leucémie ou autres ?  OUI  NON

i) de la **peau** comme : eczéma, allergies, psoriasis, cancer de la peau ou autres ?  OUI  NON

j) de l'**appareil locomoteur** comme : de la colonne vertébrale, des os, articulations, muscles, tendons, douleurs dorsales ou des épaules, arthrose, rhumatismes ou autres ?  OUI  NON

k) **d'autres maladies, de troubles ou de douleurs** qui ne sont pas indiqués ci-dessus ?  OUI  NON

Si vous avez répondu «OUI» à une ou plusieurs questions ci-dessus (7a à 7k), veuillez indiquer la maladie exacte :

---

---

---

l) Êtes-vous allé(e) au cours des 5 dernières années chez un médecin, psychologue, naturopathe, thérapeute ?  OUI  NON

Si oui, pourquoi ?

Année :

Durée :

Traitement effectué par :

---

---

---

m) Avez-vous séjourné dans un hôpital ou un établissement de cure au cours des 5 dernières années ?  OUI  NON

Si oui, pourquoi ?

Année :

Durée :

Traitement effectué par :

---

---

---

n) Avez-vous subi une incapacité de travail ou de gain au cours des 5 dernières années ?  OUI  NON

Si oui, pourquoi ?

Année

Durée :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8 Avez-vous pris pendant longtemps ou prenez-vous encore régulièrement des médicaments, tabac, alcool ou des drogues ?  OUI  NON

Si oui, lesquels ?

Combien ?

Depuis quand ?

\_\_\_\_\_

9 Date du dernier examen dentaire

Date :

\_\_\_\_\_

10 Un traitement dentaire ou un assainissement dentaire est-il prévu dans les 24 prochains mois ?

OUI  NON

11 Existe-t-il une malposition des dents ?

OUI  NON

12 Existe-t-il une malposition de la mâchoire ?

OUI  NON

13 Existe-t-il une maladie qui pourrait influencer l'état de la dentition ?

OUI  NON

Si oui, laquelle ?

\_\_\_\_\_

**Informations complémentaires lors d'une demande de conclusion de l'assurance pour perte de gain CASH ou CASH-IV (14a à 14d)**

14a Quel salaire obtenez-vous en cas de maladie et pendant quelle durée ? % salaire pour mois, ensuite % mois

14b Quel salaire obtenez-vous en cas d'accident et pendant quelle durée ? % salaire pour mois, ensuite % mois

14c Êtes-vous ?  sans activité  employé(e)  indépendant(e)  au chômage

14d Percevez-vous une rente suite à une perte de gain ?  OUI De qui ? \_\_\_\_\_  NON

15 Avez-vous déposé une demande à l'AI (assurance-invalidité) ?  OUI Depuis quand ? \_\_\_\_\_  NON

16 Souffrez-vous d'une invalidité ou d'une infirmité congénitale ?  OUI  NON  
(si oui, joindre une copie de la décision AI)

Genre d'invalidité/d'infirmité :

\_\_\_\_\_

17 Avez-vous eu un dépistage du SIDA ?  OUI A quelle date ? \_\_\_\_\_ Résultat :  nég.  pos.  NON

18 Taille en cm : \_\_\_\_\_ Poids en kg : \_\_\_\_\_

19 Nom et adresse du médecin famille : \_\_\_\_\_

Le preneur d'assurance déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts, des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions spécifiques des assurances demandées. Il autorise la GALENOS à prendre en tout temps les renseignements nécessaires auprès de médecins, autres personnes ou établissements accordant des prestations ainsi qu'auprès d'autres assureurs et à ces tiers de les fournir. Toute déclaration incomplète ou fautive entraîne le refus de prestations, des réserves, des demandes de restitution ou l'exclusion de la GALENOS. La GALENOS de son côté s'engage à traiter ces informations de manière strictement confidentielle.

Lieu et date :

Signature du preneur d'assurance resp. de son représentant légal :

\_\_\_\_\_

**GALENOS**

Militärstrasse 36, case postale, CH-8021 Zurich

Téléphone 044 245 88 88, info@galenos.ch, www.galenos.ch